

PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW) - ASIGNACION DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:		<input type="checkbox"/>	Asignación de Actividad Inicial
NOMBRE DEL CASO:		<input type="checkbox"/>	Enmienda # _____
NUMERO DEL CASO:	NUMERO DE IDENTIFICACION:		
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW:			

- Participante obligatorio.** Tengo que hacer las actividades mencionadas en la parte de abajo. Entiendo que si no participo en estas actividades de la manera requerida, es probable que se reduzca mi asistencia monetaria, a menos que el Condado decida que tuve un motivo justificado para no hacerlas.
- Voluntario.** Entiendo que no tengo que participar, pero estoy de acuerdo en terminar las actividades en la siguiente lista. Entiendo que como un voluntario, no se puede reducir mi asistencia monetaria por no hacer estas actividades. Entiendo que si dejo de hacer estas actividades, es posible que no se me permita participar en WTW por un periodo de tiempo, a menos que el Condado decida que tuve un motivo justificado para no hacerlas. Entiendo que la regla sobre las 20 horas obligatorias y las reglas de 32 ó 35 horas a la semana no me aplican.
- Programa comenzado por iniciativa propia (Self-Initiated Program - SIP).** Entiendo que la regla sobre las 20 horas no me aplica.

HORAS OBLIGATORIAS

Tengo que hacer por lo menos 20 horas obligatorias a la semana. Estas son:

- | | | | |
|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo no subsidiado | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Empleo subsidiado del sector público | por ____ horas |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para búsqueda y preparación de empleo | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Entrenamiento en el empleo | por ____ horas |
| <input type="checkbox"/> Experiencia de trabajo | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Entrenamiento en el empleo basado en el pago mensual | por ____ horas |
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento y educación vocacional (hasta 12 meses) | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Trabajo con apoyo o empleo de transición | por ____ horas |
| <input type="checkbox"/> Empleo para estudiantes | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia | por ____ horas |
| <input type="checkbox"/> Empleo subsidiado del sector privado | por ____ horas | <input type="checkbox"/> Servicio para la comunidad | por ____ horas |

HORAS NO OBLIGATORIAS QUE PUEDEN CONTAR HACIA LAS HORAS OBLIGATORIAS

Tengo que hacer estas actividades por el número indicado de horas

- Educación básica para adultos
- Entrenamiento de aptitud de trabajo directamente relacionado con el empleo
- Educación directamente relacionada con el empleo
- Progreso satisfactorio en una escuela secundaria
- Servicios para la salud mental
- Servicios para el abuso de sustancias controladas
- Servicios para el abuso doméstico

Número de horas no obligatorias	Número de horas que cuentan en las horas obligatorias
____ horas	____ horas

HORAS NO OBLIGATORIAS QUE NO PUEDEN CONTAR HACIA LAS HORAS OBLIGATORIAS

- *Entrenamiento y educación vocacional (después de contar como obligatorio por 12 meses) por ____ horas
- Otras actividades necesarias para ayudar a una persona en obtener empleo por ____ horas
- Participación requerida por la escuela para asegurar la asistencia del niño por ____ horas

*Si hay alguna participación en esta actividad, entonces ninguna hora en cualquier actividad no obligatoria puede contar para la regla sobre las horas obligatorias.

ASIGNACION Y SERVICIOS

ACTIVIDAD, LUGAR, HORARIO Y HORAS

- Actividad: _____
 Empieza: _____ Se espera que termine: _____
 Horario: _____ Horas a la semana: _____
 Lugar: _____
- Actividad: _____
 Empieza: _____ Se espera que termine: _____
 Horario: _____ Horas a la semana: _____
 Lugar: _____
- Actividad: _____
 Empieza: _____ Se espera que termine: _____
 Horario: _____ Horas a la semana: _____
 Lugar: _____
- Actividad: _____
 Empieza: _____ Se espera que termine: _____
 Horario: _____ Horas a la semana: _____
 Lugar: _____

SERVICIOS DE APOYO

El Condado me dará:

- Cuidado de niños
- Transporte
 - Pase de autobús
 - Pago por milla
 - Estacionamiento
 - Otro: _____
- Gastos secundarios (otros) para:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____

- El Condado me enviará el lugar y horario para mi actividad _____ a mas tardar el _____ (fecha).
- Iré a _____ el/a mas tardar el _____ para conseguir mi
LUGAR FECHA
 horario y/o lugar de _____.
ACTIVIDAD
- Le daré a mi trabajador de WTW una copia de mi horario de _____ a mas tardar el _____.
ACTIVIDAD FECHA
 Le diré a mi trabajador de WTW si hubo cambios hechos y le daré a mi trabajador de WTW una copia de los cambios si acaso se requiere.
- Entiendo que si no voy a _____ / _____ como se requiere por el Condado o si no
ACTIVIDADES
 tengo progreso satisfactorio en estas actividades, el Condado decidirá porqué, y es probable que yo tenga que ir a diferentes actividades. Entiendo que yo tengo que dar prueba del progreso satisfactorio en estas actividades a mi trabajador de WTW para las fechas mencionadas a continuación.
 Actividad: _____ Fecha límite de comprobación: _____
 Actividad: _____ Fecha límite de comprobación: _____
- Comentarios adicionales: _____

SERVICIOS DE APOYO

- El Condado pagará por los servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y gastos relacionados al trabajo, educación y entrenamiento) si los necesito para participar en mis asignaciones de WTW y si las reglas de WTW los permite.
- He revisado mi necesidad de servicios de apoyo de WTW con mi trabajador de WTW. Entiendo que no tengo que hacer mi asignación hasta que se hagan los arreglos necesarios para que yo reciba los servicios de apoyo que necesito.
- Entiendo que tengo que informarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi necesidad de servicios de apoyo de WTW, o si dejo de necesitarlos. **Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagarlos.**
- Entiendo que si el Condado paga por servicios de apoyo que son más de lo que necesité para participar en WTW, tendré que reembolsar a WTW el costo de esos servicios.

CERTIFICACION DEL PARTICIPANTE

- Entiendo que mi plan de WTW incluye este formulario, el formulario "Derechos y responsabilidades en relación al plan de WTW", y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* - WTW)". Entiendo que en estos documentos, se me explican las actividades y los servicios de WTW, así como mis derechos y responsabilidades como participante de WTW.
- He recibido un ejemplar del Manual de WTW.
- Yo sé que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta.
- Entiendo que si no estoy de acuerdo con mi evaluación o si el Condado y yo no estamos de acuerdo sobre un plan, y le aviso a mi trabajador, el trabajador **tengo que** referirme a una tercera persona neutral para una nueva evaluación de mi empleo o necesidades de actividad de WTW.
- Esta es mi primera asignación de entrenamiento o educación bajo el plan de WTW. Entiendo que bajo mi plan inicial de WTW, tengo 30 días a partir del comienzo de mi primera asignación educacional o de entrenamiento para pedir un cambio o una nueva asignación a otra actividad. Este período de gracia de 30 días solamente estará a la disposición una sola vez durante el tiempo que estoy recibiendo asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs). Si el Condado está de acuerdo con el cambio, yo sé que tendré que firmar una nueva asignación de actividades.
- Tengo tres (3) días hábiles para considerar las condiciones de esta asignación de actividades una vez que la firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este plan de WTW, tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar el _____.
FECHA Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, esta asignación de actividades se considerará final.
- He leído (o se me ha leído) y entiendo esta asignación de actividades y he recibido una copia de la misma. Si no cumplo mis responsabilidades y no tengo un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones que pudieran incluir que mi asistencia monetaria sea reducida.
- Entiendo que puedo pedir un proveedor de servicios diferente si me opongo al carácter religioso de cualquier proveedor al cual yo he sido asignado.
- Entiendo que puedo decir "no" a cualquier actividad religiosa ofrecida por un proveedor de servicios y que cualquier participación ofrecida por un proveedor de servicios es voluntaria.
- Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier acción del Condado en cuanto a mi participación en WTW, puedo presentar una queja formal con el Condado o puedo solicitar una audiencia con el Estado llamando, gratuitamente al 1-800-952-5253. Si el Condado esta proponiendo reducir o suspender mi asistencia, mi asistencia será reducida o suspendida si presento una queja formal.
- Entiendo que si tengo problemas con WTW, puedo recibir **asistencia legal gratuita** de la oficina legal local o de la oficina local para la defensa de los derechos relacionados a la asistencia pública llamando al () _____.
NUMERO DE TELEFONO

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW

TELEFONO

FECHA